



**DEPARTAMENTO DE SALUD DE TEXAS**  
**SOLICITUD PARA LA CERTIFICACIÓN DEL**  
**PROMOTOR(A)/TRABAJADOR(A) COMUNITARIO(A) DE SALUD**

Los items que están en negro bien oscuro **deben** de ser completados. Los items que no están en negro bien oscuro y que tienen un asterisco (\*) son opcionales.

**SECCIÓN I. INFORMACIÓN PERSONAL** (Favor **escriba en letras de molde ó en máquina**)

Parte A: Información del Solicitante

<b>Apellido</b>		<b>Primer Nombre</b>		<b>Segundo Nombre o Inicial*</b>	
<b>Residencia</b> (Nombre de la Calle)		(Ciudad)	(Estado)	[Código (5-dígitos o 9-dígitos) si se sabe]	
<b>Dirección de Correo</b> (si es diferente de la Residencia) (Nombre de la Calle)		(Ciudad)	(Estado)	[Código (5-dígitos o 9-dígitos) si se sabe]	
<b>Teléfono de la Casa</b> ( ) -	<b>FAX de la Casa*</b> ( ) -	<b>Celular*</b> ( ) -	<b>Dirección de E-Mail*</b>	<b>Número del Seguro Social*</b> - -	

**SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LOS ANTECEDENTES**

<b>Raza/Etnica*</b> (chequee una) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____					
<b>Género*</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<b>Fecha de Nacimiento</b> (MS/DA/Año) ___/___/___		<b>Localización de Nacimiento*</b> (Ciudad) (Estado) (País)	
<b>Uso del lenguaje*</b> Inglés <input type="checkbox"/> Lo Habla <input type="checkbox"/> Lo Lee <input type="checkbox"/> Lo Escribe Español <input type="checkbox"/> Lo Habla <input type="checkbox"/> Lo Lee <input type="checkbox"/> Lo Escribe Otro <input type="checkbox"/> Lo Habla <input type="checkbox"/> Lo Lee <input type="checkbox"/> Lo Escribe				<b>Lenguaje Preferido para Correspondencia*</b> (Seleccione solo uno) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	

**SECCIÓN III. EDUCACIÓN** (En Estados Unidos o Otro País)

<b>El nivel mas alto de Educación Completado</b> (chequee uno) <input type="checkbox"/> Kinder-Grado 12 (especifique el grado) _____ <input type="checkbox"/> Graduado de la Secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de Equivalencia Secundaria (GED) <input type="checkbox"/> Colegio (Universidad) (Especifique años completados) _____ <input type="checkbox"/> Graduado del Colegio (Licenciatura) <input type="checkbox"/> Títulos Avanzados como Maestría o Doctorado	
--	--

**SECCIÓN IV. EMPLEO PRESENTE/TRABAJO VOLUNTARIO**

<b>Nombre del Patrón/Supervisor</b>		<b>Nombre de la Organización Para Quien Trabaja</b>			
<b>Dirección del Trabajo</b> (nombre de la calle)		(Ciudad)	(Estado)	[Código (5-dígitos o 9-dígitos si se sabe)]	(Condado)
<b>Tipo de Negocio</b> (Chequee uno) <input type="checkbox"/> Organización Basada en la Comunidad <input type="checkbox"/> Clínica/Hospital <input type="checkbox"/> Colegio/Universidad/Escuela <input type="checkbox"/> Organización Basada en la Fé Religiosa <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Local <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____					
<b>Responsabilidades de Trabajo</b> (Promotor(a)/Trabajador(a) Comunitario de Salud) <input type="checkbox"/> Conoce y entiende temas específicos de salud <input type="checkbox"/> Comunica información sobre salud <input type="checkbox"/> Provee servicios de lenguaje <input type="checkbox"/> Ayuda a completar aplicaciones para servicios <input type="checkbox"/> Hace referencias para servicios de salud y servicios sociales <input type="checkbox"/> Refiere gente a servicios <input type="checkbox"/> Asegura que la gente reciba los servicios de salud necesarios <input type="checkbox"/> Trabaja como miembro de un equipo <input type="checkbox"/> Mantiene relaciones positivas con otros <input type="checkbox"/> Intercede a favor de familias y comunidades <input type="checkbox"/> Entrena a las familias para recibir servicios de salud <input type="checkbox"/> Identifica obstáculos para recibir servicios de salud <input type="checkbox"/> Provee educación de salud <input type="checkbox"/> Planea y dirige clases <input type="checkbox"/> Organiza las tareas y grupos comunitarios <input type="checkbox"/> Maneja las prioridades y el tiempo <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____					
<b>Número de horas Trabajadas por Semana</b>		<b>Estatus de Trabajo</b> <input type="checkbox"/> Pagado <input type="checkbox"/> No Pagado			
<b>Teléfono del Trabajo</b> ( ) -	<b>FAX del Trabajo*</b> ( ) -	<b>Dirección de E-Mail*</b>			

**SECCIÓN V. EXPERIENCIA** (Empezando con la experiencia más reciente, haga una lista de todas su experiencia como Trabajador(a) Comunitario(a) de Salud o Promotor(a), que Ud. tiene. Esta sección debe de ser completada si está solicitando bajo §146.7b. En relación a provisiones especiales para personas que han desempeñado servicios de Trabajador(a) Comunitario(a) de Salud o promotor(a), y que han completado por lo menos 1,000 horas de servicio en un período de 12 meses, entre Julio 1997 y Diciembre 2002. Por favor no describa su experiencia antes de Julio 1997. Si Ud. necesita espacio adicional para documentar su experiencia, por favor, haga copias de esta parte. Parte B: EXPERIENCIA

<b>Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre o Inicial*</b>
<b>A</b>		
<b>Fecha(s) de Experiencia</b>	<b>Nombre del Supervisor</b>	<b>Teléfono del Supervisor</b>
<b>Total de Horas de Servicio</b>		( ) -
<b>Nombre de la Organización/Agencia</b>	<b>Dirección de la Agencia</b> (Calle) (Ciudad) (Estado) [Código (5-dígitos o 9-dígitos si se sabe)]	
<b>Responsabilidades de Trabajo</b> (Promotor(a)/Trabajador(a) Comunitario de Salud) <input type="checkbox"/> Conoce y entiende temas específicos de salud <input type="checkbox"/> Comunica información sobre salud <input type="checkbox"/> Provee servicios de lenguaje <input type="checkbox"/> Ayuda a completar aplicaciones para servicios <input type="checkbox"/> Hace referencias para servicios de salud y servicios sociales <input type="checkbox"/> Refiere gente a servicios <input type="checkbox"/> Asegura que la gente reciba los servicios de salud necesarios <input type="checkbox"/> Trabaja como miembro de un equipo <input type="checkbox"/> Mantiene relaciones positivas con otros <input type="checkbox"/> Intercede a favor de familias y comunidades <input type="checkbox"/> Entrena a las familias para recibir servicios de salud <input type="checkbox"/> Identifica obstáculos para recibir servicios de salud <input type="checkbox"/> Provee educación de salud <input type="checkbox"/> Planea y dirige clases <input type="checkbox"/> Organiza las tareas y grupos comunitarios <input type="checkbox"/> Maneja las prioridades y el tiempo <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____		
<b>B</b>		
<b>Fecha(s) de Experiencia</b>	<b>Nombre del Supervisor</b>	<b>Teléfono del Supervisor</b>
<b>Total de Horas de Servicio</b>		( ) -
<b>Nombre de la Organización/Agencia</b>	<b>Dirección de la Agencia</b> (Calle) (Ciudad) (Estado) [Código (5-dígitos o 9-dígitos si se sabe)]	
<b>Responsabilidades de Trabajo</b> (Promotor(a)/Trabajador(a) Comunitario de Salud) <input type="checkbox"/> Conoce y entiende temas específicos de salud <input type="checkbox"/> Comunica información sobre salud <input type="checkbox"/> Provee servicios de lenguaje <input type="checkbox"/> Ayuda a completar aplicaciones para servicios <input type="checkbox"/> Hace referencias para servicios de salud y servicios sociales <input type="checkbox"/> Refiere gente a servicios <input type="checkbox"/> Asegura que la gente reciba los servicios de salud necesarios <input type="checkbox"/> Trabaja como miembro de un equipo <input type="checkbox"/> Mantiene relaciones positivas con otros <input type="checkbox"/> Intercede a favor de familias y comunidades <input type="checkbox"/> Entrena a las familias para recibir servicios de salud <input type="checkbox"/> Identifica obstáculos para recibir servicios de salud <input type="checkbox"/> Provee educación de salud <input type="checkbox"/> Planea y dirige clases <input type="checkbox"/> Organiza las tareas y grupos comunitarios <input type="checkbox"/> Maneja las prioridades y el tiempo <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____		
<b>C</b>		
<b>Fecha(s) de Experiencia</b>	<b>Nombre del Supervisor</b>	<b>Teléfono del Supervisor</b>
<b>Total de Horas de Servicio</b>		( ) -
<b>Nombre de la organización/Agencia</b>	<b>Dirección de la Agencia</b> (Calle) (Ciudad) (Estado) [Código (5-dígitos o 9-dígitos si se sabe)]	
<b>Responsabilidades de Trabajo</b> (Promotor(a)/Trabajador(a) Comunitario de Salud) <input type="checkbox"/> Conoce y entiende temas específicos de salud <input type="checkbox"/> Comunica información sobre salud <input type="checkbox"/> Provee servicios de lenguaje <input type="checkbox"/> Ayuda a completar aplicaciones para servicios <input type="checkbox"/> Hace referencias para servicios de salud y servicios sociales <input type="checkbox"/> Refiere gente a servicios <input type="checkbox"/> Asegura que la gente reciba los servicios de salud necesarios <input type="checkbox"/> Trabaja como miembro de un equipo <input type="checkbox"/> Mantiene relaciones positivas con otros <input type="checkbox"/> Intercede a favor de familias y comunidades <input type="checkbox"/> Entrena a las familias para recibir servicios de salud <input type="checkbox"/> Identifica obstáculos para recibir servicios de salud <input type="checkbox"/> Provee educación de salud <input type="checkbox"/> Planea y dirige clases <input type="checkbox"/> Organiza las tareas y grupos comunitarios <input type="checkbox"/> Maneja las prioridades y el tiempo <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____		
FOR TDH USE ONLY		
<b>Total Number of Hours Within a 12-Month Period</b>	<b>Dates (MO/YR TO MO/YR)</b>	
_____	____ / ____ to ____ / ____	

**SECCIÓN VI. CAPACITACIÓN** (Empezando con el entrenamiento más reciente, haga una lista de todos los entrenamientos relacionados con salud comunitario que Ud. haya completado.) Esta sección debe de ser completada después de que Ud. reciba la capacitación. Si Ud. ha completado más de una capacitación, haga copias de la Parte C para que cada instructor las firme.

Parte C: Capacitación

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre o Inicial*	
<b>INFORMACIÓN DEL INSTRUCTOR Ó INSTITUCIÓN PATROCINADORA</b>					
<b>A</b>	Fecha(s) de Capacitación		Nombre del Curso/Capacitación o Entrenamiento		Nombre del Instructor o Institución Patrocinadora
	Teléfono del Trabajo ( ) -		FAX del Trabajo* ( ) -		Dirección de E-Mail*
	Localización de la Capacitación (Nombre de Calle)		(Ciudad)		(Estado) [Código (5-dígitos o 9-dígitos) si se sabe]
	Dirección de Correo (si es diferente de la Localización) (Nombre de Calle)		(Ciudad)		(Estado) [Código (5-dígitos o 9-dígitos) si se sabe]
	Firma del Instructor o Institución Patrocinadora				Fecha
<b>COMPETENCIA</b>				<b>NÚMERO DE HORAS COMPLETADAS</b>	
Habilidad de Comunicación					
Habilidad de Relaciones Interpersonales					
Habilidad para Coordinar Servicios					
Habilidad para Desarrollar la Capacidad de la Comunidad					
Habilidad para Interceder a Favor de Familias y Comunidades					
Habilidad para Enseñar					
Habilidad para Organizar					
Conocimiento Base					
<b>TOTAL CANTIDAD DE HORAS DE CAPACITACIÓN ACUMULADA</b>					
Firma del Instructor ó Institución Patrocinadora				Fecha	

Las ocho competencias básicas y habilidades adoptadas por el Programa de Certificación, e identificadas en el Estudio Nacional de Salud Comunitaria para Asesores Comunitarios de Salud, de Junio 1998, son los siguientes:

- Habilidad de Comunicación
  - Escuchar
  - Usa lenguaje apropiado y con seguridad
  - Habilidad para leer y escribir como para documentar actividades
- Habilidad de Relaciones Interpersonales
  - Consejería
  - Construir relaciones
  - Habilidad para trabajar como miembro de un equipo
  - Habilidad para trabajar apropiadamente con diversos grupos de personas
- Conocimiento Base
  - Amplio Conocimiento sobre la Comunidad
  - Conocimiento sobre temas específicos de salud
  - Conocimiento sobre salud y sistemas de servicio social
  - Habilidad para encontrar información
- Habilidad para Coordinar Servicios
  - Habilidad para la identificación y acceso a servicios
  - Habilidad para formar coaliciones y redes de trabajo
  - Habilidad para hacer seguimiento
- Habilidad para Desarrollar la Capacidad de la Comunidad
  - “Empowerment” – Habilidad para identificar problemas y recursos para ayudar a los clientes a resolver ellos mismos sus problemas
  - Liderazgo
  - Habilidad para realizar estrategias
  - Habilidad para motivar
- Habilidad para Interceder a Favor de Familias y Comunidades
  - Habilidad para hablar en favor de individuos o comunidades y resistirse a las intimidaciones
  - Habilidad para sobreponerse a las obstáculos
- Habilidad para Enseñar
  - Habilidad para compartir información de uno a uno
  - Habilidad para manejar información, planear y dirigir clases, recolectar y usar información de la gente de la comunidad
- Habilidad para Organizar
  - Habilidad para planear y establecer goles
  - Habilidad para establecer prioridades y manejar el tiempo

SECCIÓN VII. FIRMA DE LA SOLOCITUD

Parte D: Firma

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre o Inicial*
<b>POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE LOS SIGUIENTES PLANTEAMIENTOS E INDIQUE SU COMPRENSIÓN Y ACEPTACIÓN, FIRMANDO EN EL ESPACIO PROVISTO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Yo certifico que toda la información dada por mí en relación en esta solicitud, ya sea en este documento o no, es cierta y completa. Yo entiendo que el dar información falsa o equivocada, y que es importante y decisiva para determinar mis calificaciones, puede resultar en la anulación de la solicitud y en que no se me dé ningún certificado, y que cualquier certificado que haya sido otorgado podrá ser revocado.</li> <li>Yo comprendo el Código de Salud y Seguridad, capítulo 48 del reglamento, relacionado con la capacitación y certificación de Promotores(as) o Trabajadores(as) de Salud Comunitario, 25 TAC §§ 146.1–146.10 y estoy de acuerdo en cumplirlo.</li> <li>Yo le doy al Departamento de Salud de Texas permiso para buscar cualquier información o referencias, que son de material importancia en determinar mis calificaciones.</li> <li>Yo voy a devolver el certificado y tarjeta(s) de identificación al Departamento de Salud de Texas (Texas Department of Health) a la fecha de su expiración, revocación o de la suspensión del certificado.</li> <li>Yo entiendo que el material proporcionado por mí pasa a ser propiedad del Departamento de Salud de Texas y no son retornables.</li> <li>Yo daré aviso al Departamento de mi actual dirección dentro de los 30 días en que se realice cualquier cambio de dirección.</li> </ul>		
<b>ESTA SOLICITUD DEBE DE SER FIRMADA Y FECHADA</b>		
Firma	Fecha	
<b>NOTARY/NOTARIO</b>		
Full Name of Notary/Nombre Completo del Notario	County/Condado	State/Estado
Commission Expires/La Comisión Expira		
Signature of Notary/Firma del Notario	Date of Signature/Fecha de la Firma	

Envíe esta solicitud ya completada a esta dirección: **Texas Department of Health, Promotor(a)/Community Health Worker Certification, 1100 West 49<sup>th</sup> Street, Suite T-608, Austin, Texas 78756-3199**

FOR TDH USE ONLY			
Total Number of Hours of Experience Within a 12-Month Period		Dates (MO/YR to MO/YR) __ / __ / __ to __ / __ / __	Application Form Completed <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish
Date Application Received (MO/DY/YR) _ / _ / _		Application <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renewal	Entered By (Full Name)
Date Assigned to Committee (MO/DY/YR) _ / _ / _		Committee Recommendation <input type="checkbox"/> Approve <input type="checkbox"/> Disapprove	Date Approved by TDH (MO/DY/YR) _ / _ / _
Certificate Number	Audit Number	Date Certificate Mailed (MO/DY/YR) _ / _ / _	Certificate Expiration Date (MO/DY/YR) _ / _ / _

**Notificación de Privacidad**

Con pocas excepciones, Ud. Tiene el derecho a ser informado sobre información que el Estado de Texas haya obtenido acerca de Ud. Tiene el derecho de recibir y revisar dicha información si Ud. lo solicita. Ud. también tiene el derecho de pedir a la Agencia del Estado, de corregir cualquier información que se determine que está incorrecta. Ver <http://www.tdh.state.tx/privacy.html> para mayor información en notificación. Referencia: Código de Gobierno, Sección 552.021, 552.023 y 559.004)



**DEPARTAMENTO DE SALUD DE TEXAS**  
**SOLICITUD PARA LA CERTIFICACIÓN DE PROMOTOR(A)/**  
**TRABAJADOR(A) DE SALUD COMUNITARIO(A)**  
**INSTRUCCIONES—SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN**

**COMO SOLICITAR PARA LA CERTIFICACIÓN DE PROMOTOR(A) Y DE TRABAJADOR(A) DE SALUD COMUNITARIO(A)**

1. Todos los solicitantes deben de completar Parte A (Información del Solicitante). Los items que están con letras más oscuras, deben de ser completados. Los items que no están con letras oscuras y que tienen un asterisco (\*), son opcionales.

**SECCIÓN I. INFORMACIÓN PERSONAL**

**SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LOS ANTECEDENTES**

**SECCIÓN III. EDUCACIÓN**

**SECCIÓN IV. EMPLEO PRESENTE/TRABAJO VOLUNTARIO**

2. Todos los solicitantes deben de completar la Parte B (Experiencia) o la Parte C (Capacitación).
  - a. **Parte B—Sección V. Experiencia**—Solicitantes que no han completado un curso aprobado de capacitación, pero que han completado por lo menos 1,000 horas de servicio en un período de 12 meses, entre Julio 1997 y Diciembre 2002, como un Promotor(a) o Trabajador(a) de Salud Comunitario.
  - b. **Parte C—Sección VI. Capacitación**—Solicitantes que han completado un curso aprobado de capacitación.
3. **Sección VII. Firma de la Solicitud**—Todos los solicitantes deben de firmar y ponerle la fecha en la Parte D (Firma). Este parte debe de ser notariada.

**LO QUE NECESITAMOS DEL APLICANTE**

Adjunte una fotografía de color con su aplicación (por ejemplo, medida 2" x 2"). La fotografía debe de ser de frente y no de perfil y debe de ser reciente (tomada dentro de los seis meses anteriores) y debe parecerse a usted. La fotografía debe de tener un fondo claro que muestre claramente sus facciones. El propósito de la fotografía es para ser usada en su tarjeta de identificación. Las fotografías no serán devueltas.

**RENOVACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN**

Si su solicitud es aprobada, usted recibirá un certificado de competencia, el cual es válido por dos (2) años. Debe solicitar la renovación de su certificado antes de que ésta expire porque si no, ya no será válido. Por favor, envíe cualquier cambio en su dirección a Office of Public Health Practice, porque de no hacerlo, no recibirá aviso de la renovación.

**DENEGACIÓN DE CERTIFICACIÓN**

Su solicitud para certificación podría ser rechazada por cualquiera de las siguientes razones:

- Porque está incompleta.
- Porque usted no cumple con los requisitos que aparecen en el reglamento.
- Usted ha proveído información falsa en la solicitud.
- El Departamento de Salud de Texas tiene razones para creer que a usted no le debe de ser extendida una certificación de competencia, debido a conducta no ética, enfermedad, o debido a su dependencia a las drogas o al alcohol.

**PERÍODOS**

Dentro de los 30 días de haber recibido su solicitud, el Departamento de Salud de Texas le informará si ha sido aprobada, denegada y porqué, o si esta incompleta. Envíe por correo su solicitud original ya completada, su fotografía, y copias de los documentos de apoyo (guarde una copia de todos los materiales enviados para su archivo) a:

**Texas Department of Health**  
**Promotor(a)/Community Health Worker Certification**  
**1100 West 49<sup>th</sup>, Suite T-608**  
**Austin TX 78756-3199**

Para obtener una copia de los reglamentos, y otra información acerca de la certificación, por favor visite el Internet: [www.tdh.state.tx.us/php/chw/chw.htm](http://www.tdh.state.tx.us/php/chw/chw.htm). Para preguntas o más información, por favor contacte: Office of Public Health Practice [CHW@tdh.state.tx.us](mailto:CHW@tdh.state.tx.us) o (512) 458-7770.